

P1

2. RECONSTRUCCIÓN DE ARCO AÓRTICO CON *DEBRANCHING* UTILIZANDO PERFUSIÓN CEREBRAL SELECTIVA ANTERÓGRADA EN DISECCIÓN AÓRTICA SUBAGUDA TIPO A

Rodríguez Caulo E, Gutiérrez M.^aA, Arají O, Velázquez C, García Borbolla M, Miranda N, Pérez Duarte E, Barquero JM
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Varón de 68 años, fumador con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e hipertensión arterial (HTA), que presenta dolor atípico desde hace 20 días e ingresa por fibrilación auricular y respuesta ventricular rápida (FARVR). Se le practica tomografía computarizada con contraste confirmando una dilatación (hasta 60 mm en aorta ascendente y 55 mm en arco) e imagen compatible con disección aórtica subaguda tipo A. Se procede a canular las arterias subclavia derecha y la femoral izquierda, y por toracotomía media se accede al mediastino. Se canula aurícula derecha (AD) para la vía venosa y se entra en circulación extracorpórea (CEC) para realizar parada circulatoria en hipotermia moderada a 25 °C, con protección cerebral selectiva anterógrada (PCSA) vía arteria subclavia derecha. Se procede a la reconstrucción de la aorta ascendente y arco aórtico con tubo recto Hemashield n.º 26 según la técnica de la trompa de elefante, y *debranching*

quirúrgico con recambio de troncos supraaórticos con prótesis Hemashield bifurcada 18 × 9.

La válvula aórtica se resuspende con puntos apoyados en teflón a nivel comisural al no encontrarse afecta.

- La PCSA vía subclavia se ha mostrado eficaz para la prevención de lesiones neurológicas mientras dura la parada circulatoria en hipotermia moderada.
- La anastomosis secuencial de troncos supraaórticos (TSAo) se ha mostrado efectiva y segura.
- El uso de factor VII recombinante activado (Novoseven) se ha mostrado eficaz para el control del sangrado postoperatorio cuando se han agotado todas las medidas correctoras previas (protamina, vitamina K, hemoderivados) y persiste la coagulopatía post-CEC.
- El uso de PCSA permitirá ir reduciendo el umbral de hipotermia necesario, disminuyendo la coagulopatía post-CEC.

P2

3. REMODELADO ENDOVENTRICULAR MEDIANTE LA TÉCNICA DE DOR EN 15 PACIENTES

Rodríguez Caulo E, Miranda N, García-Borbolla M, Gutiérrez M.^aA, Arají O, Velázquez C, Pérez Duarte E, Barquero JM
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

La incidencia en cateterismos de AVI es de un 7-10%, hoy disminuyendo debido a la reperfusión precoz mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria. La presencia de un aneurisma de ventrículo izquierdo (VI) sintomático (angina, fallo cardíaco, tromboembolias, arritmias intratables...) es indicación de cirugía (20% supervivencia a 10 años sin intervención quirúrgica (IQ) en lugar del 90% si asintomático). Planificar siempre la cirugía con resonancia magnética (RM) para elegir técnica (Dor, SAVE, Batista...) e intentar realizar siempre que se pueda cirugía de derivación aortocoronaria (CABG). La mortalidad intraoperatoria global de la técnica se sitúa en un 7%, con supervivencia de 87% al año, 50% a 5 años y 30% a 10 años.

En nuestro servicio:

- Quince pacientes en los últimos 10 años (bajo número debido a ACTP primaria precoz).

- Edad media 60 ± 12 años (24-78).
- Supervivencia media de 50 ± 41 meses (0-123).
- No mortalidad operatoria.
- Supervivencia del 87% al mes, 74% 1 año (4 muertes, 2 de causa no cardíaca), 55% a 5 años y 20% a 10 años.
- Mejora de fracción de eyección (FE) media (de 32% pre a 42% post) y *New York Heart Association* (NYHA) media (de 2,4 a 1,5) al año del procedimiento de manera significativa ($p < 0,05$).
- La reparación endoventricular con parche planteada por Dor en 1985 se ha mostrado como una técnica eficaz y segura en el tratamiento quirúrgico de los AVI, sobre todo apicales, y es considerada actualmente la de elección. Nuestros resultados son similares a medio plazo con las series de referencia (Grupo RESTORE).